

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 103

ABCÈS DU POUMON **ET** **PLEURÉSIE INTERLOBAIRE**

Quelques particularités de leur histoire et de leur sémiologie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 29 Juillet 1929

PAR

Alain-Jules-Pierre-Marie ROUSSEL

Né à GAHARD (Ille-et-Vilaine), le 13 Août 1904

Examineurs de la Thèse :	{	MM. DUPÉRIÉ	professeur. <i>Président</i>
		MANDOUL	professeur. }
		SELLIER	professeur. } <i>Juges</i>
		CREYX	agrégé..... }

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AÎNÉ

139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 103

ABCÈS DU POUMON ET PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

Quelques particularités de leur histoire et de leur sémiologie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 29 Juillet 1929

PAR

Alain-Jules-Pierre-Marie ROUSSEL

Né à GAHARD (Ille-et-Vilaine), le 13 Août 1904

Examineurs de la Thèse :	{	MM. DUPÉRIÉ	professeur. <i>Président</i>
		MANDOUL	professeur.
		SELLIER	professeur. <i>Juges</i>
		CREYX	agrégé.....

IMPRIMERIE MODERNE — A. DESTOUT AÎNÉ

139, Rue Sainte-Catherine & 8, Rue Paul-Bert

1929

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS

Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale.... { VERGER	Clinique ophtalmologique.... TEULIÈRES
{ CASSAËT	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie ROCHER
Clinique chirurgicale. { CHAVANNAZ	Clinique gynécologique GUYOT
{ BÉGOUIN	Clinique médicale des maladies des enfants CRUCHET
Pathologie et thérapeutique générales. CARLES	Chimie biologique et médicale. DENIGES
Clinique d'accouchements... ANDERODIAS	Physique médicale et pharmac. SIGALAS
Anatomie pathologique et microscopie clinique..... SABRAZÈS	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques... BONNIN
Anatomie..... VILLEMIN	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.. PETGES
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL	Clinique des maladies des voies urinaires.. DUVERGEY
Physiologie..... PACHON	Clinique des maladies nerveuses et mentales..... ABADIE
Hygiène..... AUCHÉ	Clin. d'oto-rhino-laryngologie.. PORTMANN
Médecine légale et déontologie LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale..... RÉCHOU.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Chimie..... CHELLE	
Botanique et matière médicale.. BEILLE	
Pharmacie..... DUPOUY	
Zoologie et Parasitologie. MANDOU	
Médecine expérimentale MAURIAC	

MM. DELAUNAY (Physiologie); MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ	Maladies mentales..... PERRENS
Histologie..... LACOSTE	{ PAPIN
Anatomie pathologique. MURATET	Chirurgie générale..... { JEANNENEY
Parasitologie et Sciences natur ^{lles} . R. SIGALAS	{ CHARRIER
{ GREYX	{ LOUBAT
{ N.	{ PERY
Médecine générale..... { AUBERTIN	{ FAUGÈRE
{ DAMADE	{ GOLSE
{ PIECHAUD	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX
	Dermatologie et Syphiligraphie.. JOULIA

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ	Démonstrations et préparations pharmaceutiques..... N.
Médecine opératoire... PAPIN	Pharmacie chimique... GOLSE
Accouchements..... FAUGÈRE	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS
Ophtalmologie..... CABANNES	
raériculture..... N.	
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.. MM. N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et reeducation professionnelle..... GOURDON	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Humble hommage de mon amour
filial et de ma reconnaissance infinie.

A MA GRAND'MÈRE

Qui par son dévouement près des
malades éveilla en moi, dès mes plus
jeunes années, l'amour de l'art médical.

A MES SŒURS YVONNE ET FERNANDE

A MON FRÈRE HERVÉ

En témoignage de la grande affection
qui nous unit.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA BRETAGNE

A MES MAÎTRES
DE
L'INSTITUTION SAINT-JULIEN ET DE L'UNIVERSITÉ CATHOLIQUE D'ANGERS
DE
L'ÉCOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST
ET DE
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER D'ACADÉMIE

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CREYX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPÉRIÉ

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Avant de quitter notre vie universitaire, c'est pour nous une grande satisfaction de remercier publiquement tous ceux qui nous ont entouré, instruit et dirigé.

A nos chers parents, dont la vie toute d'honneur et de travail a été pour nous le plus sûr des exemples, nous devons la reconnaissance des joies familiales et de cet esprit de sacrifice et de dévouement nécessaire à tout médecin.

Aux maîtres vénérés qui, tour à tour, nous ont enseigné ; à ceux qui nous ont montré la beauté de notre art et nous en ont donné l'amour, nous devons d'être prêt à la tâche de demain.

M. l'abbé Guignard, secrétaire à l'Université catholique d'Angers, a été pour nous, par ses conseils affectueux, par l'exemple de sa vie, le guide le plus précieux de notre vie d'étudiant. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur agrégé Creyx a droit tout spécialement à l'expression de notre gratitude. C'est lui qui nous a guidé dans ce travail. Durant les moments de labeur que nous avons passés sous sa direction, nous avons pu apprécier son enseignement aussi littéraire que scientifique. En admirant la clarté de sa pensée vigoureuse, la précision de ses directives, nous nous sommes senti fier d'être son élève.

M. le Professeur Dupérié nous fait le grand honneur de présider notre thèse, qu'il veuille bien recevoir ici le témoignage de nos vifs remerciements.

Que tous ceux qui ont contribué à notre formation morale, intellectuelle et scientifique soient remerciés de nous avoir acheminé ainsi vers la plus belle des sciences, parce que c'est celle qui soulage et console.

ABCÈS DU POUMON ET PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

Quelques particularités de leur histoire et de leur sémiologie

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. DÉLIMITATION DU SUJET.

On donne le nom d'abcès du poumon à des collections de pus formées aux dépens du parenchyme de l'organe. Qu'ils soient d'origine pneumonique, broncho-pneumonique, embolique ou bronchectasique, les seuls dont il sera question ici sont les *grands abcès*, par opposition aux *abcès miliaires*.

L'opinion classique, après bien des fluctuations, oppose aujourd'hui la fréquence de tels abcès à la rareté d'autres collections purulentes — pleurésies interlobaires — intra-pulmonaires d'apparence, mais développées en fait dans la plèvre qui tapisse les incisures du viscère.

On exclut pratiquement du domaine des abcès pulmonaires *certaines* productions qui, spécifiquement définies à l'origine (kystes hydatiques) ou pendant tout le cours de leur évolution (cavernes tuberculeuses, gommes syphilitiques), se trouvent envahies secondairement par les agents de la suppuration banale.

En vertu de cette règle, à l'expression d'abcès amibien devrait être substituée celle plus extensive d'amibiase ; mais si l'on admet que l'amibe dysentérique est *l'agent initial* de la

suppuration, il ne faut pas oublier que le bacille de Koch peut, *sous ce rapport*, lui être parfois comparable.

On discute beaucoup aujourd'hui sur les limites respectives de l'*abcès* et de la *gangrène*. Nous verrons succinctement ce qu'il faut penser de ce litige.

Le présent travail est consacré à quelques points d'histoire et de critique touchant :

1° Les rapports de la pleurésie interlobaire et de l'abcès du poumon ;

2° La sémilogie physique de ces pleurésies et de ces abcès.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Jusqu'à l'époque où l'on apporta dans les recherches cadavériques une scrupuleuse exactitude, les auteurs anciens considéraient l'abcès du poumon comme une affection relativement fréquente. Ils regardaient, en effet, toutes les « vomiques » comme de véritables abcès du parenchyme, ne faisant aucune distinction d'ordre étiologique ou topographique; assimilant les pleurésies purulente de tous ordres, les cavernes tuberculeuses aux abcès pulmonaires.

J. P. Franck, à la fin du ^{xviii}^e siècle, nie déjà la grande fréquence des abcès du poumon; il étudie avec soin les abcès de la pneumonie, en démontre la rareté et soutient qu'on prend souvent des pleurésies enkystées ou interlobaires pour des abcès pulmonaires. Dans son *Traité de médecine pratique* il écrit : « L'inflammation du poumon et celle des parois thoraciques se terminent quelquefois par suppuration. Cependant il ne faut pas croire qu'on ait trouvé dans ces parties de véritables abcès aussi souvent que le portent les historiens d'autopsies cadavériques. Maintes fois on a été trompé par la présence de la matière puriforme qui, sans aucune ulcération dans une inflammation forte, se ramasse entre les lobes du poumon ou entre cet organe et la plèvre » et il ajoute : « Dans ces circonstances un véritable pus, une matière sanieuse, un ichor fétide, se ramasse dans une cavité particulière que la désorganisation a creusée dans la substance du poumon, ou bien il se forme un abcès connu sous le nom de vomique. La collection est plus ou moins considé-

nable et son siège est indéterminé. » (*Médecine pratique*. Traduction de GONDAREAU, t. I, p. 165, paragraphes 194 et 195, 1842.)

C'est surtout Bayle qui a accordé à la pleurésie interlobaire une individualité propre et a attiré l'attention sur la confusion possible entre la « suppuration de l'intérieur du poumon » et certains cas de « pleurésies chroniques ». Dans son traité (*Recherches sur la phtisie pulmonaire*. Chapitre II, p. 15, 1810), il fait de la pleurésie interlobaire une remarquable description anatomique : « Dans ces cas, les surfaces contiguës des deux lobes du poumon s'enflamment, se recouvrent d'une membrane accidentelle très épaisse et très dense, contractant sur leurs bords une adhérence très intense qui semble les unir parfaitement et n'en faire qu'un seul lobe. Au milieu de l'espace qui se trouve entre les deux membranes accidentelles voisines il se fait un épanchement de liquide albumineux, purulent ou puriforme dont la quantité s'élève quelquefois à plusieurs onces. Un examen superficiel de cette pleurésie la fait prendre pour une vomique, dont elle a, en effet toute l'apparence. »

A partir de cette époque les différents auteurs s'appliquent à distinguer les deux affections : la pleurésie interlobaire enrichit les statistiques au détriment de l'abcès du poumon. C'est ainsi que Cayol dans le *Journal de médecine générale* (t. XLVI, p. 294, 1813) écrit : « Une autre cause d'erreur relativement aux vomiques, c'est celle-ci. En incisant un poumon qui paraît sain, on découvre au milieu de sa substance un foyer purulent. La matière est contenue dans une cavité du poumon, arrondie ou ovoïde, dont les parois sont revêtues d'une membrane bien distincte qui paraît former un sac sans ouverture. Si on se borne à un examen superficiel, on affirmera sans hésiter qu'on a trouvé une vomique enkystée. Mais si l'on examine les choses de plus près, en cherchant à disséquer et à isoler le kyste, on finit par reconnaître avec étonnement que le pus était enfermé entre deux lobes du poumon dont les surfaces, naturellement contiguës, s'étaient unies par une adhérence intime dans tout le pourtour du foyer ; ce qui avait paru un véritable kyste n'est autre chose que la plèvre revêtue d'une couche albumineuse

membraniforme. J'ai observé maintes fois cette variété de la pleurésie que M. Bayle a fait connaître en signalant les méprises qu'elle peut occasionner à l'ouverture du cadavre. »

L'abcès du poulmon devient une rareté avec Chambers ; sur plusieurs centaines de pneumonies, cet auteur n'a vu que six ou sept cas de véritables abcès, dont trois seulement ont été vérifiés sur la table d'autopsie. (Cases of peripneum. abscess of the lungs by Chambers. *London med. and. surg Journal*, n° 58, sept. 1817.)

Plus tard, Laënnec (1819) donne la première description clinique de l'abcès du poulmon, le distinguant non seulement des cavernes tuberculeuses, mais aussi de la pleurésie interlobaire. Toutefois il insiste sur la rareté de l'abcès ; il « ne m'est pas arrivé plus de cinq à six fois dans un espace de plus de vingt ans de rencontrer du pus dans un poulmon enflammé. » (*Traité d'auscultation médiate*, p. 268. Edition de 1879 conforme à celle de 1826.)

Chomel en vingt-cinq ans de pratique n'a rencontré que trois fois des collections de pus dans le parenchyme pulmonaire. Dans ses leçons de *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* (t. III, p. 47, 1840), il insiste sur les ressemblances de l'abcès du poulmon et de la pleurésie interlobaire. « Dans ces cas, dit-il, la matière purulente déprime les parois correspondantes de la scissure ; il se forme une cavité close de toutes parts en raison des adhérences pseudo-membraneuses qui réunissent les bords mêmes de la scissure. Ce foyer pleurétique offre d'autant plus de ressemblance avec un abcès du poulmon, que dans quelques cas il communique avec une ou plusieurs bronches et que la membrane séreuse qui le tapisse est *profondément altérée*, par la présence de pus et de dépôts pseudo-membraneux irréguliers et comme raboteux. Ce n'est alors que par une dissection minutieuse qu'on arrive à suivre la séreuse de la surface externe du poulmon où elle offre tous ses caractères naturels jusque sur la surface du foyer pleurétique. »

Trousseau lui-même, dans une leçon clinique sur l'abcès du poulmon, fait remarquer qu'il est resté près de vingt-cinq ans

médecin d'hôpital sans en rencontrer un seul exemple. Il conclut : « C'est seulement par une singulière coïncidence que nous avons pu voir deux cas d'abcès du poumon se présenter la même semaine. » (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, XXXII^e leçon, t. I, 1863, p. 721.)

A cette même époque, la pleurésie interlobaire était elle aussi considérée comme une affection peu fréquente. Devant l'imprécision des phénomènes cliniques, ce n'est, en effet, que sur la foi des autopsies que l'on en portait le diagnostic rétrospectif.

En 1898, Dieulafoy, dans ses leçons, individualise l'affection dont il codifie minutieusement la sémiologie. La pleurésie interlobaire constitue le substrat de presque toutes les vomiques régulières ou fractionnées au cours desquelles un syndrome stéthoscopique en foyer s'extériorise dans la partie moyenne du poumon.

L'éventualité clinique d'un processus suppuratif du poumon est systématiquement et de parti pris négligée en raison de son extrême rareté. C'est ainsi que Dieulafoy dit : « Les abcès du poumon sont extrêmement rares ; ce que quelques auteurs ont pris pour des abcès lobaires, sont parfois des abcès interlobaires. En tout cas qu'il s'agisse de vomique consécutive à l'abcès lobaire ou à la pleurésie interlobaire, les indications du traitement sont identiques. » (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, 3^e leçon, p. 66, 1898-1899.)

Depuis, les auteurs, tout en rapportant quelques cas d'abcès du poumon aux Sociétés savantes, insistent sur leur rareté. Tuffier, au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, sur un cas d'abcès du poumon d'origine dysentérique, prétend que : « Les collections suppurées intra-pulmonaires dites abcès du poumon sont le plus souvent des pleurésies interlobaires totales ou partielles ». (Société de chirurgie, 5 février 1908, p. 157.) Un peu plus tard, il fait remarquer la grande ressemblance entre les deux affections et ajoute que si « théoriquement le diagnostic paraît facile à faire, pratiquement il est à peu près impossible. » (*Gazette des hôpitaux*, 1909, p. 1567.)

Landouzy et Griffon, parlant de l'abcès du poumon consécu-

tif à la pneumonie, s'expriment en des termes semblables : « L'opinion générale est que cette éventualité est peu fréquente. Si jusqu'à la fin du siècle dernier on a pensé le contraire, c'est qu'on confondait avec la suppuration circonscrite post pneumonique des dilatations bronchiques le ramollissement plus ou moins confluent de tubercules et surtout la pleurésie purulente partielle ou interlobaire. » (*Traité Gilbert et Thoinot*, chap. Pneumonie, p. 142, 1910.)

Aujourd'hui il ne nous semble pas qu'il faille considérer l'abcès du poumon comme une affection exceptionnelle. Le nombre des cas publiés depuis quelques années en est la meilleure preuve. Cela tient sans doute à la pratique courante de l'examen radiologique qui permet de découvrir certains abcès indécélables à l'examen clinique. Mais aussi nous devons retenir le fait suivant : à savoir que les cas d'abcès du poumon se sont singulièrement multipliés depuis l'épidémie de grippe 1918-1919. Ce sont surtout les statistiques allemandes qui tendent d'abord à confirmer cette assertion. Elles font ressortir la fréquence des abcès consécutifs aux pneumonies et broncho-pneumonies grippales : dans 222 autopsies de grippés au cours de l'épidémie 1918-1919, Marchand trouve 72 broncho-pneumonies abcédées. Buse signale des suppurations du poumon à tous les stades jusqu'aux grands abcès dans 25 % des autopsies. Rahmenführer rapporte 7 cas de grands abcès pneumoniques (*Münch. med. Wochens.*, n° 5, 1919).

Les auteurs américains ont publié ces derniers temps de nombreuses observations d'abcès du poumon. Forestier, frappé par leurs statistiques, écrit : « La fréquence des abcès pulmonaires en Amérique paraît être due surtout à la généralisation de la tonsillectomie. C'est une méthode quasi générale d'enlever les amygdales à tous les malades qui se présentent. Malgré un faible pourcentage de cette complication au cours de la tonsillectomie (1 p. 750 à 1 p. 2.500), la fréquence de cette opération est telle que le nombre des abcès du poumon observés est infiniment plus grand que dans nos pays. » (Société méd. des Hôp. de Paris, 30 avril 1922, p. 712.)

Wesler note souvent la « gangrène pulmonaire après l'amygdalectomie. (Suppuration and gangrene of the lung. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 1919.)

En France, Letulle, Bezançon, Achard attirent l'attention sur les cas d'abcès du poumon consécutifs à l'épidémie grippale. Ramond, Clerc, Guillaume montrent le rôle que semblent jouer les gaz vésicants, et en particulier l'ypérite, dans la production de ces abcès (*Progrès médical*, 7 juin 1919, p. 339).

Sergent insiste sur cette fréquence, du moins chez l'adulte, opposée à la rareté de la pleurésie interlobaire. « Chaque fois, dit-il, qu'on hésite entre collection interlobaire et collection pulmonaire suppurée la vérification opératoire ou nécropsique est en faveur de ce dernier diagnostic 9 fois sur 10, et ceci à un tel point que le diagnostic différentiel entre ces deux affections doit pratiquement disparaître. » (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 18 mars 1927, p. 476.)

Avec son élève Kourilsky, il a recherché les cas qui se traduisent par le syndrome de la pleurésie interlobaire, et il conclut : « Nous n'avons pu trouver une seule observation réellement probante de pleurésie interlobaire; même quand nous avons dû porter ce diagnostic, nous n'avons pu en avoir une preuve valable; même quand, à l'intervention chirurgicale, nous avons pu porter le diagnostic de pleurésie interlobaire, le doute a subsisté. » (Thèse Kourilsky, chap. Pleurésie interlobaire, p. 403.)

Ces auteurs regardent la fréquence des localisations juxta-scissurales des abcès du poumon et la réaction scissurale sans épanchement entre les feuillets de l'interlobe comme presque constante, le tout finissant par donner l'impression d'une collection interlobaire suppurée tant au point de vue clinique que radiologique; mais, ajoute Sergent : « Il ne faut se hasarder au diagnostic de pleurésie interlobaire qu'avec une extrême prudence, car en réalité la suppuration pulmonaire, contrairement aux idées classiques, est fréquente, la suppuration pleurale enkystée rare. » (Sergent, Diagnostic entre la pleurésie interlobaire et l'abcès du poumon. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 18 mars 1927, p. 483.)

En résumé, le cadre de l'abcès du poumon semble avoir subi, à différentes reprises, de profonds remaniements. D'abord, l'abcès pulmonaire et l'abcès interlobaire sont considérés comme des affections très rares : il ne s'agit que de diagnostics d'autopsie. Dans une deuxième période, les auteurs constatent-ils chez les malades un syndrome de suppuration respiratoire avec vomique ? ils portent dans ces conditions le diagnostic de pleurésie interlobaire s'ils trouvent un foyer de condensation, suspendu dans un hémithorax, avec ou sans signes cavitaires. Enfin les cliniciens actuels critiquent cette interprétation par trop exclusive. Se basant sur des constatations radioscopiques, opératoires et nécroscopiques, ils pensent que chez les malades qui paraissent atteints d'une suppuration de la partie moyenne du poumon les modifications interlobaires que l'on peut observer sont dues à une symphyse, à un épaissement scissural, consécutifs à une suppuration juxta-scissurale ; mais jamais il n'existe de suppuration interlobaire : la pleurésie interlobaire a disparu, l'abcès du poumon l'a remplacée.

CHAPITRE III

DANS QUELLE MESURE PEUT-ON DISTINGUER LA PLEURÉSIE INTERLOBAIRE DE L'ABCÈS DU POU MON ?

Si, au point de vue anatomique, il est possible de distinguer dans la plupart des cas abcès du poumon et pleurésie interlobaire, vouloir les différencier cliniquement et radiologiquement est une éventualité pleine de contingences, une subtilité qui importe bien peu aux directives de la thérapeutique, identique dans les deux cas.

La confusion se trouve, en effet, d'autant plus aisée que, comme l'a judicieusement noté Sergent, les abcès sont fréquemment juxta-scissuraux. Au cours des deux processus la topographie des scissures est, en outre, profondément bouleversée. Enfin le fait de la transformation possible de la pleurésie interlobaire en abcès par suite de la destruction du feuillet scissural de la séreuse et de l'altération secondaire du parenchyme (véritable abcès *mixte*) plaide dans le même sens.

Cette proposition ne peut pas trouver d'illustration meilleure que la double tendance des auteurs attribuant dans les statistiques la plus grande fréquence tour à tour à l'abcès ou à la pleurésie interlobaire. De nos jours encore le débat paraît loin d'être tranché, si nous en jugeons notamment par la relation de Comby (Société de pédiatrie de Paris, 19 février 1929) : « On parle, dit-il, beaucoup depuis quelque temps d'abcès du poumon et presque jamais de pleurésie enkystée ou de pleurésie interlobaire. Chez l'enfant, dans ma pratique, je n'ai jamais

rencontré de ces grands abcès du poumon dont on proclame la fréquence. Par contre, j'ai vu un certain nombre de pleurésies enkystées et de pleurésies interlobaires. »

En dépit d'une symptomatologie très voisine dans les deux cas, existe-t-il toutefois certaines nuances permettant de pencher en faveur de l'une ou de l'autre éventualité ?

La vomique procède à la fois de la pleurésie interlobaire et de l'abcès. Trousseau a remarqué que, dans le premier cas, elle est plus tardive. « L'époque à laquelle s'est faite la communication est peut-être l'élément capital du diagnostic. Il est à peu près impossible qu'une vomique péricapneumonique s'ouvre tard. Si en même temps elle s'ouvre dans le sac pleural, la vomique péricapneumonique ne s'en fait pas moins rapidement jour du côté des bronches, car il n'est pas d'exemple dans la science qu'elle se soit ouverte plus tard que le vingtième ou le vingt-cinquième jour. Les abcès qui s'ouvrent le quarantième, le cinquantième, le soixantième jour sont des abcès de la grande cavité pleurale ou des abcès formés entre les lobes du poumon ». (*Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*, XXXII^e leçon : Abcès pulmonaires. Vomiques péricapneumoniques, t. I, p. 721, 1865.)

Dieulafoy insiste également sur le caractère tardif de la vomique interlobaire.

La variabilité d'apparition du symptôme dans le temps s'interprète très simplement : au cas de pleurésies interlobaires — comme au cas de pleurésies de la grande cavité — le processus ulcératif qui s'opère vers le parenchyme et les bronches intéresse un plan résistant supplémentaire, le feuillet viscéral de la plèvre, plus ou moins modifié : d'où issue plus tardive de la collection dans les conduits bronchiques.

L'hémoptysie, symptôme également commun, est, pour la même raison, plus tardive dans la pleurésie interlobaire que dans l'abcès. Le sang provient soit des néoformations vasculaires, de la plèvre scissurale, soit — ce qui est le cas le plus fréquent — des vaisseaux du parenchyme lui-même, soit des vaisseaux bronchiques.

La découverte tardive de fibres élastiques dans l'expectoration

plaide plutôt en faveur d'une pleurésie interlobaire. L'Observation XVII est assez démonstrative à cet égard : la recherche des fibres élastiques négative à trois examens successifs ne devint positive que cinq mois après le début de la maladie.

Point n'est besoin d'insister sur le *peu de valeur des signes stéthoscopiques* aussi frustes dans les deux cas : la topographie des scissures, profondément modifiée, rend vaine toute tentative de repérage, aussi bien d'un foyer d'auscultation, quand il existe, que d'une ombre suspendue projetée sur l'écran.

On a pu invoquer comme caractère différentiel l'orientation *du grand axe de l'image radioscopique*. D'après Paiseau et Y. Salomon (Obs. IV), ce grand axe serait vertical au cas d'abcès, horizontal au cas de pleurésie interlobaire. Un tel argument nous paraît spécieux, car si le grand axe de l'ombre anormale s'oriente aisément par rapport aux axes du poumon lui-même, cette orientation demeure impossible par rapport aux scissures interlobaires bouleversées dans leur direction. Un élément permet cependant à notre avis d'incriminer l'interlobe : c'est *la forme quadrangulaire* de l'image radioscopique à grand axe transversal par rapport au poumon. Nous considérons cette bande rectangulaire comme le signe le plus net de l'interlobite, mais seulement *au début* de l'affection (Obs. XVI). Car assez rapidement la pleurésie interlobaire évolue vers l'aspect radiologique d'une poche, soit homogène, soit pourvue d'un niveau liquidien mobile, en tout semblable à ce que l'on rencontre dans l'abcès.

Comment sur le cadavre peut-on distinguer une pleurésie interlobaire d'un abcès du poumon ? Nous savons que, dans maintes circonstances, à l'interlobite suppurée succèdent l'ulcération et la désintégration du parenchyme : c'est dire que, dans la plupart des cas, la pleurésie interlobaire devient une *affection mixte* et que la question de distinction ne se pose plus, au moins sous la même forme. Le problème se réduit dès lors à celui-ci : quel est *le point de départ* de la collection ? Est-il interlobaire ou parenchymateux ? Sur la foi de nos deux observations, nous pensons que l'origine interlobaire peut être

déduite de la constatation suivante : développement *égal* et *symétrique* des deux hémisphères de la poche de part et d'autre de l'interlobe, normalement orienté, ou dévié. On conçoit en effet qu'un abcès parenchymateux juxta-scissural, naissant au-dessus ou en dessous de l'interlobe, ait tendance à évoluer *vers le haut* ou *vers le bas*, en plein poumon, et non vers les incisures de l'organe où le feuillet viscéral de la plèvre, plus ou moins résistant, plus au moins symphysé tend à le brider. L'abcès juxta-scissural refoulera l'interlobe en le déformant bien plus qu'il ne franchira la barrière qui lui est opposée.

Pour expliquer par ce dernier mode la production d'une cavité à hémisphères symétriques de part et d'autre de l'axe interlobaire, il faudrait admettre la coexistence de deux abcès juxta-scissuraux situés respectivement au-dessus et au-dessous de l'incisure, en regard l'un et l'autre, égaux en volume et contemporains dans leur évolution vers l'interlobe qu'ils doivent envahir. Une telle éventualité ne paraît pas impossible : à coup sûr, elle doit demeurer tout à fait exceptionnelle.

Si les quelques considérations anatomiques que nous venons d'exposer n'ont pas été mises en valeur, il faut en accuser non pas tant l'indigence des données topographiques post-opératoires, à vrai dire presque forcément précaires, que l'absence d'examens nécropsiques minutieux. Hormis les investigations de Laveran, déjà anciennes (Notes sur les abcès pulmonaires aigus. *Mémoires de méd. militaire*, 1844, p. 88); hormis celles toutes récentes et plus poussées de Sergent, nous avons été frappé de l'insuffisance de ce chapitre dans la littérature médicale. Discussion peut-être quelque peu byzantine, dira-t-on, puisque la divergence des conclusions implique de toute façon l'accord touchant le pronostic et la thérapeutique. Mais la rigueur de l'analyse a des attrait et il n'est pas sans intérêt d'abandonner un instant le champ de la pratique pour faire une incursion de courte durée dans le domaine spéculatif.

CHAPITRE IV

RAPPORTS DES ABCÈS ET DE LA GANGRÈNE PULMONAIRES

Dans notre Définition, nous avons fait allusion à un important problème touchant les rapports de l'« abcès » et de la « gangrène ». S'il est bien évident que l'abcès s'éloigne manifestement de la gangrène pulmonaire diffuse par le seul caractère topographique des lésions, il est permis de se demander jusqu'à quel point un foyer localisé de gangrène et un abcès à contenu fétide sont susceptibles d'être différenciés.

Les anciens cliniciens (Laënnec, Lallemand, Andral, Chomel, Grisolle) avaient déjà remarqué la fétidité de l'expectoration au cours de nombreuses suppurations pulmonaires. Ce symptôme a été également noté par la plupart des auteurs qui, depuis, ont rapporté des observations d'abcès du poumon (Tuffier, *Gazette des hôpitaux*, p. 1567, 1909). Mais c'est surtout de nos jours que la question de cette distinction a pris toute son ampleur avec Bezançon, Sargent et Rist.

Bezançon et Etchegoin considèrent comme spécifique de la gangrène le spirochète qu'ils ont décrit (Académie de médecine, 11 mai 1926).

Sargent invoque un argument clinique : la fétidité de la gangrène s'oppose à celle de l'abcès gangréneux. Il s'agit, dans le premier cas, « d'odeur de charogne » ; dans le second cas, « d'odeur de gaz d'égout ».

Rist, tout en accordant que, dans les deux éventualités, la fétidité est fonction exclusive de la présence des anaérobies,

prétend que dans la gangrène ces espèces microbiennes se trouvent nombreuses, alors que dans l'abcès fétide leur variété est beaucoup moindre.

Pour peu que l'on se rappelle les critiques de la spécificité du spirochète de la gangrène pulmonaire (Vincent), la difficulté, même pour un observateur exercé, de distinguer une « odeur de charogne » d'une « odeur de gaz d'égout », on arrive à conclure aisément qu'une séparation radicale entre la gangrène localisée et l'abcès gangréneux est impossible. Il n'existe entre les deux formes qu'une question de degré. Tous les termes intermédiaires sont réalisables.

Nous en dirons autant de ce qui concerne l'évolution des deux processus. S'il est une gangrène pulmonaire qui s'établit d'emblée fonction de germes anaérobies, le fait n'est cependant pas absolument constant ; et d'autre part on rencontre des abcès dans lesquels le processus d'anaérobiose se trouve extrêmement *précoce*. L'abcès fétide du poumon n'est autre chose qu'une forme *localisée* et *atténuée* de la gangrène du parenchyme.

CHAPITRE V

EXIGUÏTÉ ET CONTINGENCES DE LA SÉMIOLOGIE PHYSIQUE DES COLLECTIONS SUPPURÉES PUL- MONAIRES OU INTERLOBAIRES. — DONNÉES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES.

Dupré, comparant l'abcès du poumon aux abcès du cerveau, du foie, fait judicieusement observer « la longue tolérance du parenchyme pulmonaire pour l'abcès, qui reste une lésion silencieuse tant qu'il ne touche pas à l'enveloppe séreuse de l'organe et qu'il respecte les gros tractus fonctionnels qui en émanent ». (*Manuel de médecine* Debove et Achard, art. Abcès du poumon, t. I, 1894, p. 283.)

Il ajoute plus loin : « D'une façon générale, avant la vomique, le diagnostic de l'abcès pulmonaire est une hypothèse fort hasardeuse ; la vomique même à elle seule ne suffit point à l'établir ». (*Ibid*, p. 291.)

A ces remarques, fort judicieuses de Dupré, il convient d'ajouter un bref commentaire. S'il est en médecine une sémio-logie physique dont les étapes se trouvent nettement réglées, calquées en quelque sorte sur l'évolution anatomique des lésions, c'est assurément celle du processus tuberculeux. Il serait banal d'en récapituler les éléments correspondant aux phases respectives d'induration, de fonte des tissus, finalement de perte de substance, de cavités plus ou moins étendues creusées dans le parenchyme de l'organe. L'individualisation des symptômes est pour une notable part fonction de l'évolution régulière, lentement progressive, des altérations pulmonaires.

Et cependant, même sous cette condition qui a conféré au présent tableau son caractère classique, on ne peut manquer de souligner les exceptions : les plus remarquables concernent les cavernes muettes à l'auscultation qui, pour certains auteurs, atteindraient la proportion de 50 %. Le fait s'explique : les facteurs nécessaires à la production des bruits cavitaires (étendue, profondeur de la perte de substance, réplétion liquidienne plus ou moins considérable, dimensions de l'orifice de communication avec la bronche de drainage) sont loin d'être toujours réunis en nombre suffisant et au point optimum en vue de la constitution du syndrome.

Au cas d'abcès, les éléments de la sémiologie physique apparaissent encore *plus contingents*. L'abcès figure presque toujours à titre de complication d'une pneumopathie aiguë (pneumonie, broncho-pneumonie) dont la résolution n'est pas encore ébauchée ou demeure incomplète au moment où il se constitue.

Dans le tableau symptomatique, les signes stéthoscopiques en particulier se confondent dès lors avec ceux de la lésion, fonction de la maladie causale dont ils sont le prolongement. Plus tard, la vomique, généralement fractionnée d'ailleurs, qui traduit l'issue de l'abcès dans les bronches, est *plus rarement et plus tardivement* suivie de phénomènes cavitaires que le ramollissement tuberculeux.

Bien que dans l'un et l'autre cas, les mêmes conditions de production du syndrome semblent grossièrement réalisées, il faut tenir compte sans doute de nuances que le facteur *durée* imprime ici ou là aux lésions, si l'on en juge par les résultats de l'expérimentation sur le cadavre ou sur l'animal vivant telle que l'un de nous l'a réalisée (Creyx et Fournier, Soc. de biologie de Bordeaux, 19 novembre 1927 ; Creyx et Tissègre, *Ibid.*, 14 décembre 1927 ; Creyx, *Ibid.*, 12 décembre 1928).

On comprendra donc sans peine l'importance de l'examen radiologique pour fixer un diagnostic hésitant, voire pour faire une véritable découverte. Les *dix-sept* observations ci-jointes illustrent nettement ce que nous avons énoncé, touchant le caractère *fruste* de la sémiologie physique en matière d'abcès.

Faisons une petite synthèse des observations.

Au sujet de sa malade (Obs. I), M. Leuret écrit : « L'examen physique est presque négatif. Il existe simplement de la rudesse et de la submatité dans la région de la scissure ». La malade de MM. Letulle et Bezançon (Obs. II) n'a présenté « ni signes cavitaires, ni signes d'épanchement ». MM. Paiseau et Salomon (Obs. IV) notent seulement « une zone soufflante avec quelques râles humides au niveau de la ligne axillaire ». Dans l'Observation V, MM. Pissavy, Berger et Chabrun trouvent « un peu d'obscurité respiratoire et quelques râles sous-crépitaux à la base droite ». De même le malade de MM. Weil et Lamy (Obs. VI) a tout juste présenté « de la diminution du murmure vésiculaire, quelques râles sous-crépitaux après la toux, mais ni souffle, ni modification de la voix, ni retentissement de la toux. »

Chez le malade de M. de Jacq (Obs. VII) on note « de la submatité de la base gauche ». L'auscultation du malade de MM. Babonneix et Lévy (Obs. VIII) révèle « une abolition presque complète du murmure vésiculaire à droite et une expiration très prolongée, mais ni souffle, ni râles ». MM. Achard et Mouzon (Obs. IX) relèvent dans leur observation « une matité complète jusqu'à l'épine de l'omoplate : le murmure vésiculaire est diminué dans la zone mate ; mais ni souffle, ni retentissement de la toux, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone ». Les signes d'auscultation et de percussion sont négatifs dans la 10^e Observation (Jacob).

Le malade de MM. Fiessinger et Olivier (Obs. XII) a présenté « une zone de matité au niveau de l'omoplate gauche, de la diminution du murmure vésiculaire et quelques râles sous-crépitaux fins. »

M. Vaucher (Obs. XIII) a noté « au niveau de la partie externe sous-claviculaire droite un peu de submatité et quelques râles humides ». A l'examen de la malade de MM. Bezançon, Jacquelin et Celice (Obs. XIV), on relève de la matité et de l'exagération des vibrations vocales à la partie moyenne du poulmon droit, du silence respiratoire dans cette zone, quelques

râles sous-crépitants après la toux, de la bronchophonie et de la pectoriloquie aphone ». L'examen de l'appareil respiratoire chez le malade de MM. Læderich et Poumeau-Delille (Obs. XV) montre seulement « une légère submatité du sommet droit sans modification des vibrations et des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux champs pulmonaires ». La première malade de M. Creyx a présenté à droite, dans une première phase, « une matité suspendue, de l'abolition des vibrations, une diminution du murmure vésiculaire et quelques râles ronflants et sibilants » ; secondairement, « des signes d'épanchement de la base droite ». On note, à la base droite, chez sa deuxième malade « une matité légère, de l'abolition des vibrations vocales, un souffle tubo-pleural et quelques râles sous-crépitants après la toux. Au regard de ces contingences évidentes de la clinique, quelles sont les données principales de la radiologie ?

Paisseau et Salomon ont décrit l'aspect radiologique de l'abcès qui se présenterait sous forme d'une « image ovale à grand axe vertical : cavité aérique, claire à sa partie supérieure, avec zone inférieure obscure, hydrique à niveau horizontal, limitée par une paroi à double contour répondant à la condensation du parenchyme pulmonaire qui entoure la cavité suppurative. » (Soc. méd. des hôp, de Paris, 7 avril 1922, p. 611.)

Un aspect aussi typique peut se rencontrer quelquefois. Dans les observations que nous avons recueillies, nous en rapportons plusieurs exemples. Ainsi chez le malade de MM. Paisseau et Salomon, la radiographie a montré « une image hydro-aérique située dans le lobe inférieur gauche, avec niveau horizontal et une poche à air au-dessus ». Dans l'Observation X, nous trouvons signalée « une large image cavitaire occupée à sa partie inférieure par une ombre liquidienne à niveau horizontal ». La malade de MM. Bezançon, Jacquelin et Cécile a présenté à la radiographie « une cavité ronde, à demi remplie de liquide, entourée d'une zone grise surtout marquée vers la partie externe du lobe ». De même MM. Læderich et Poumeau-Delille notent dans leur observation « une image hydro-aérique du volume d'une orange, assez régulièrement ovale, à grand axe

vertical, large de 7 centimètres, haute de 9 centimètres, dont le niveau liquidien horizontal et mobile avec les positions du malade occupe à peu près le milieu de la poche, laquelle est limitée par un contour assez mince. »

Mais, dans beaucoup de cas, il faut se contenter d'une ombre plus ou moins bien limitée, à contours flous et centrée par une zone claire qui représente la cavité de l'abcès ; ainsi dans l'Observation V, la base droite est le siège d' « une ombre conique se confondant en bas avec l'ombre du foie, dont le sommet situé en plein parenchyme pulmonaire est creusé d'une cavité circulaire vide de la grosseur d'une noix ». Chez la malade de MM. Weil et Lamy on note « dans l'hémithorax droit une image claire entourée d'un cercle d'ombre ». L'examen radioscopique dans l'observation du Dr de Jacq révèle « une ombre triangulaire, dont la teinte uniforme et l'absence de niveau linéairement dessiné, ne permet pas d'affirmer s'il s'agit d'une collection liquide ou d'une condensation du parenchyme pulmonaire ». MM. Babonneix et Lévy décrivent « à la partie inférieure du poumon droit, en plein parenchyme, une zone opaque de 6 à 7 centimètres de diamètre, se détachant nettement de l'ombre hépatique ». Dans l'Observation XI, la radiologie « confirme la présence d'un bloc de condensation avec seulement une petite image claire ». La malade de M. Vaucher présente « une cavité ayant le volume d'une noix, entourée d'une zone plus opaque ». L'examen radiologique chez les deux malades de M. Creyx décèle « une image en forme de poche homogène, à contours arrondis, traduisant l'existence d'une cavité. »

Ces quelques remarques suffisent à démontrer la nécessité d'associer les examens radiologiques aux données de la clinique, en vue du diagnostic toujours difficile des collections suppurées du poumon. Et nous ne pouvons que souscrire à l'exactitude de la remarque imagée autant que judicieuse de Barjon : « La radiologie seule, sans renseignements, est un sourd qui voit respirer et se mouvoir un poumon qu'il ne peut entendre. Le médecin est un aveugle qui entend tousser, respirer et gémir un poumon qu'il ne voit pas. »

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS RÉSUMÉES (1)

OBSERVATION I (LEURET)

(Sur un cas d'abcès pulmonaire ou interlobaire traité et guéri par la méthode de Forlanini. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1914, p. 318.)

Fillette quinze ans, atteinte de broncho-pneumonie post-diphtérique avec rechutes, se terminant par une expectoration sanglante, abondante, tantôt couleur pulpe de rate, tantôt couleur saumon. Par intervalles, grosses hémoptysies, de plus en plus fréquentes, mettant même la vie de la malade en danger dans les derniers temps. Les accidents, d'ailleurs apyrétiques et sans retentissement appréciable sur l'état général, peuvent être rapportés, soit à une pleurésie interlobaire, soit à un abcès du lobe inférieur du poumon droit. L'examen physique, en effet, est *presque négatif* : il existe simplement de la rudesse et de la submatité dans la région de la scissure. La radioscopie ne précise pas les lésions; il existe une ombre vague dans la même région. La malade guérit d'ailleurs par un pneumothorax.

OBSERVATION II (LETULLE et BEZANÇON)

(*Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 juillet 1921, p. 77.)

Femme cinquante-neuf ans, entrée à l'hôpital le huitième jour de sa maladie pour point de côté. Dyspnée intense et fièvre. Pas de signes d'hépatisation pulmonaire. Expectoration journalière de 600 grammes d'un liquide épais, crémeux, hémorragique, non fétide,

(1) Nous résumons dans le but de ne mettre en évidence que les particularités de la sémilogie physique, particularités que nous soulignons,

contenant de très nombreux streptocoques. La température oscille entre 37°5 et 39°. Les signes physiques se localisent à la partie moyenne du poumon droit. Il n'y a *ni signes cavitaires, ni signes d'épanchement*. La radiographie fait penser qu'il existe un pyopneumothorax. L'opération pratiquée fait soupçonner qu'il ne s'agit pas d'une localisation pleurale, mais bien d'une poche pulmonaire. Mort quelques jours après l'intervention, au trente-septième jour de la maladie. L'autopsie révèle la présence, au niveau de l'hémithorax droit, d'une *vaste cavité* intra-pulmonaire ayant verticalement 15 centimètres.

OBSERVATION III (ACHARD)

(Abcès pneumonique. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*,
art. 26.835, 10 septembre 1921, p. 609.)

Femme de quarante-deux ans, entrée le 3 mars pour dyspnée intense et état général grave. A l'examen, signes d'hépatisation à droite. Température à 40°. Les jours suivants, signes d'épanchement, confirmés par la ponction. Les signes généraux se montrent redoutables : cyanose très accusée. Pouls filant. Température autour de 40°. La malade succombe le soir du seizième jour de sa maladie.

A l'autopsie : Epanchement citrin à droite; bloc d'hépatisation rouge dans tout le lobe supérieur. Près du bord antérieur de ce lobe, on découvre un noyau blanchâtre, gros comme un noyau de cerise, centré par une bronche, dont le centre, d'apparence caséiforme, était un peu ramolli, mais sans cavité. Plus en arrière, *abcès* gros comme un œuf de pigeon, en voie de ramollissement. Tout à fait en arrière, on voit encore *trois abcès*, l'un gros comme une noix, en partie évacués, un autre non ramolli près du sommet, et le dernier au voisinage de l'interlobe.

OBSERVATION IV (PAISSEAU et ISER-SALOMON)

(Grand abcès du poumon. Etude radiologique. *Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 7 avril 1922, p. 611.)

Homme quarante-neuf ans, éthylique, entre à l'hôpital le 15 octobre 1921. A l'examen, on trouve un bloc de pnemonie gauche avec

subictère. Le 21 octobre, ébauche de défervescence, mais le soir, la température, qui était de 37°8 le matin, est remontée à 39°3.

La situation ne change pas jusqu'au 4 novembre, sauf que l'expectoration est devenue plus abondante et purulente depuis le 30 octobre, sans vomique, permettant de suspecter une collection purulente. Dyspnée toujours prononcée. Une radiographie pratiquée permet de constater une image *hydro-aérique* située dans le lobe inférieur gauche avec niveau horizontal et une poche à air au-dessus. L'auscultation n'a pas permis de faire le diagnostic de la collection purulente : on perçoit seulement dans la ligne axillaire une *zone soufflante* avec *quelques râles humides*.

Le malade, après avoir fait deux abcès, l'un au niveau de la face dorsale du pied gauche et l'autre au niveau de la joue droite, quitte l'hôpital le 22 décembre, guéri.

Donc, abcès du poumon, survenu au cours d'une pneumonie grave, soupçonné par suite de la persistance anormale de la température, *sans que les signes d'auscultation*, ni l'apparition d'une vomique aient pu en permettre le diagnostic.

OBSERVATION V (PISSAVY, BERGER, CHABRUN)

(Abcès amibien du poumon. *Bull. et Mém. Soc. des hôp. de Paris*, 27 juillet 1923, p. 1263.)

Homme trente-sept ans, entré le 8 mai 1923 à l'hôpital pour fièvre, diarrhée et douleur au niveau du foie. A noter dans ses antécédents, dysenterie en septembre 1913, avec rechutes successives de 1913 à 1921. En 1922, douleur dans l'hypocondre droit. Le malade tousse et expectore, crachats purulents, recherche du bacille de Koch négative.

Le 8 mai 1923, il paraît très fatigué; température oscillant aux environs de 38°, amaigrissement, quatre à cinq selles molles, ne renfermant ni sang, ni glaires. Le malade toussait et expectorait en vingt-quatre heures deux crachoirs de crachats purulents. L'examen du poumon ne donne aucun renseignement précis. A la base droite seulement, on trouve *un peu d'obscurité respiratoire* et quelques râles sous-crépitaux. La recherche du bacille de Koch reste trois fois négative. Mais l'examen radiologique montre, à la base droite, une om-

bre conique se confondant en bas avec l'ombre du foie et dont le sommet, situé en plein parenchyme pulmonaire, était creusé d'une *cavité circulaire* vide de la grosseur d'une noix. Un traitement à l'émétine amena la guérison de ce malade.

(OBSERVATION VI (WEIL et LAMY))

(Un cas d'abcès amibiasique du poumon guéri par l'émétine. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 17 octobre 1924, p. 1408)

Homme trente-six ans, entre à l'hôpital le 31 mai 1924 pour toux, point de côté et fièvre. Dyspnée, peu d'amaigrissement. A l'examen, sonorité normale des deux côtés, en avant. En arrière, submatité très nette de toute la moitié inférieure de l'hémithorax droit, avec vibrations vocales diminuées. A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire, quelques râles sous-crépitants après la toux, mais *ni souffle*, ni modification de la voix, ni retentissement de la toux. Expectoration peu abondante, muco-purulente, ressemblant à celle d'une bronchite banale.

Le 6 juin, il y a une véritable vomique fractionnée et le malade rejette dans la journée 150 centimètres cubes environ de crachats purulents. Ce jour-là, les signes physiques demeurent à peu près *les mêmes* : ni souffle, ni bruits humides.

L'examen radioscopique, pratiqué le 8, montre dans l'hémithorax droit une *image claire*, entourée d'un cercle sombre. Il s'agit avec certitude d'une cavité contenant quelques centimètres cubes de liquide.

Tentative infructueuse de pneumothorax artificiel. Le malade continue à tousser et à expectorer de 75 à 100 centimètres cubes de crachats purulents, contenant peu de microbes. Les signes physiques restent *les mêmes* et un nouvel examen radioscopique montre que *l'image cavitaire persiste*.

Ayant appris que le malade a séjourné quatre mois en Algérie, en 1919, et qu'il a présenté une crise de diarrhée sérieuse ayant duré plusieurs jours, l'hypothèse d'abcès amibien est envisagée. Un traitement à l'émétine et au novarsénobenzol amène la guérison

complète, le 6 juillet 1924, trois semaines après le début du traitement.

OBSERVATION VII (D^r DE JACQ)

(Thèse Coffin, Paris 1925)

Homme trente-six ans, entré à l'hôpital pour point de côté et fièvre, le 24 mai 1921. A l'examen, on ne constate aucun symptôme pulmonaire. Cependant apparaît une expectoration hémoptoïque. Les crachats bruns, purulents d'emblée, ne sont pas très abondants et montrent du pneumocoque à l'état de pureté. Les jours suivants, signes fonctionnels très marqués, mais les symptômes physiques sont *extrêmement vagues*, seulement un peu de submatité de la base gauche. La ponction exploratrice est négative. Température élevée, sueurs. L'examen radioscopique, pratiqué vers le sixième jour, montre en vue postérieure, à 1 centimètre environ au-dessus de la pointe de l'omoplate, une ombre triangulaire, dont la teinte uniforme et l'absence du niveau linéairement dessiné ne permettent pas d'affirmer s'il s'agit d'une collection liquide ou d'une condensation du parenchyme pulmonaire. La température reste élevée.

Le vingt-neuvième jour de la maladie, on commence une vaccinothérapie avec un stock-vaccin. A la troisième piqûre, l'expectoration, qui s'était tarie, reparait franchement purulente et va en augmentant, sous forme d'une petite vomique. Ces crachats semblent ceux d'un cavitare et vont cependant diminuer progressivement, pour aboutir à une guérison complète, sans qu'à aucun moment ne soient apparus des *signes d'auscultation*.

OBSERVATION VIII (BARBONNEIX et LÉVY)

(Absès pulmonaire. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*,
13 mars 1925, p. 382-384.)

Homme de quarante ans, entre le 20 décembre 1924 à l'hôpital de la Charité pour dyspnée intense. A toujours toussé, depuis vingt ans; bronchites en hiver, essoufflement au moindre effort.

Le malade est en orthopnée, anxieux, respire péniblement, assis

dans son lit. Le décubitus lui est impossible; face cyanosée, toux peu fréquente; expectoration muco-purulente abondante. A l'examen, murmure vésiculaire à peine perçu à droite, expiration très prolongée des deux côtés. La ponction exploratrice, à droite, reste négative. On n'entend ni *souffle*, ni râles. Pouls à 100. Tension, 19-10. Rien à l'auscultation du cœur. La radioscopie montre, à la partie inférieure du poumon droit, en plein parenchyme, une zone opaque de 6 à 7 centimètres de diamètre, se détachant nettement de l'ombre hépatique.

Le malade meurt, et l'autopsie est pratiquée le 24 décembre 1924. Injection de lipiodol dans la bronche inférieure. La radiographie montre une opacité étendue en plein parenchyme du lobe inférieur, sans rapport avec le lipiodol injecté. La coupe donne issue à une quantité abondante de pus épais, brun chocolat, dont l'examen n'a révélé la présence d'aucun microbe. Le pus évacué, il reste une *cavité anfractueuse irrégulière*.

OBSERVATION IX (ACHARD et MOUZON)

(Abscess streptococcique du poumon. Guérison après vomique. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 17 juillet 1923, p. 1094.)

Femme de vingt-quatre ans. Entre à l'hôpital le 23 avril 1923, pour dyspnée angoissante. Facies cyanosé.

Deux mois et demi après une fausse couche, elle présente une complication pulmonaire aiguë, mais dont les signes ne sont pas nets. Souffle tubaire surtout prononcé dans l'aisselle, à la limite supérieure de la zone mate. On perçoit des râles sous-crépitants et des frottements. Des ponctions exploratrices successives permettent de ramener 2 centimètres cubes, 12 centimètres cubes et 4 centimètres cubes de pus jaune, bien lié, sans odeur, qui, sur frottis, ne montre pas de microbes. On n'obtient pas de culture avec ce pus. Le 28 avril, matité incomplète jusqu'à l'épine de l'omoplate, en arrière, murmure vésiculaire dans la zone mate, mais ni *souffle*, ni retentissement de la toux, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone. Les râles s'entendent seulement sous l'aisselle et en avant. L'expectoration sanglante persiste. Le 29 avril, un examen radios-

copique ne permet pas de déceler s'il s'agit d'une pleurésie interlobaire ou d'un abcès du poumon, mais élimine la présence de liquide dans la grande cavité pleurale. Le soir, fétidité de l'haleine, et dans la nuit, vomique de pus chocolat, d'odeur putride. L'examen montre du streptocoque et d'autres germes variés. Des tentatives de ponction dans la zone mate restent infructueuses. La radioscopie montre dans la zone sombre, à la partie moyenne du poumon, deux lignes de niveau distinctes; une résection costale permet de voir une plèvre épaissie, sans aucune collection purulente. Guérison un mois plus tard.

OBSERVATION X (D^r JACOB)

(Thèse Coffin, Paris 1925.)

Homme quarante-six ans, tailleur de pierre, crachant assez fréquemment l'hiver. En mai 1924, hémoptysies répétées, peu abondantes, séparées par quelques jours d'accalmie. Aucune réaction fébrile. En décembre 1924, expectoration très fétide, brunâtre, fluide, mal liée, striée de sang, très abondante, surtout quand le malade est allongé. Malgré cela, aspect floride du malade, toujours apyrétique. En juin 1925, il n'existe *aucun signe d'auscultation, ni de percussion*, mais l'examen radiologique montre, à droite, une large image *cavitaire* occupée à sa partie inférieure par une ombre liquidienne à niveau horizontal. Pneumothorax artificiel le 17 juin 1925; le malade sort guéri de l'hôpital, huit mois après son entrée.

Donc, gangrène pulmonaire chronique sans signes généraux et sans épisode aigu. Symptômes locaux consistant en expectoration à caractères gangréneux, hémoptysies et image radiographique *hydro-aérique*. *Aucun signe stéthacoustique* de la cavité, en raison sans doute de son caractère central.

OBSERVATION XI (SERGENT et BORDET)

(Les abcès gangréneux du poumon d'origine bucco-pharyngée.

Académie de médecine, 8 juin 1926, p. 563.)

Femme vingt-six ans. En décembre 1924, abrasion des cornets hypertrophiés sous anesthésie générale. Grosse hémorragie post-

opératoire suivie d'infection rhino-pharyngée tenace. Trois semaines après, apparaît un violent point de côté à la base droite, accompagné d'une expectoration purulente très abondante et fétide. Pendant quatre mois, elle avait des hémoptysies fréquentes, des vomiques fractionnées fétides; la température était irrégulière. Pendant deux mois, chute de température et disparition presque complète des vomiques fétides.

En juillet 1925, nouvelle poussée de température, expectoration avec des grumeaux brunâtres. L'examen des crachats montre une flore microbienne très variée (pneumocoques, streptocoques, etc.) et seulement dans les grumeaux brunâtres de nombreux spirilles. Au stéthoscope, on constate les signes d'un foyer de condensation à la base droite, avec quelques râles bulleux profonds. L'examen radiologique confirme la présence d'un bloc de condensation avec une *petite image claire*.

On pratique la phrénicectomie : l'expectoration purulente reste abondante, mais la fétidité diminue et les grumeaux disparaissent.

OBSERVATION XII (FIESSINGER et OLIVIER)

(Abscess gangréneux du poumon exploré par l'injection de lipiodol lourd et léger. *Bull. et Mém. Soc. hôp. de Paris*, n° 13, 30 avril 1926, p. 693.)

Homme quarante ans. Entre à l'hôpital en février 1926 pour une affection fébrile qui a débuté brusquement par un point de côté à la base gauche du thorax et par une température de 39°. Le lendemain, il commence à tousser, et deux jours plus tard expectore des crachats sanguinolents.

A son entrée, on constate une matité à la partie postéro-supérieure du poumon gauche et quelques râles sous-crépitaux. L'état général s'aggrave, l'expectoration très abondante devient fétide et d'un gris brunâtre. A l'examen microscopique des crachats, on trouve beaucoup d'anaérobies et quelques spirilles. L'examen physique décelle une zone de matité suspendue au niveau de la pointe de l'omoplate gauche. A ce niveau, on entend mal le murmure respiratoire; *il n'existe pas de souffle, pas de re-*

tentissement de la toux, mais seulement quelques râles sous-crépitaux fins. La radioscopie montre dans la partie moyenne du poumon gauche un *pyopneumothorax enkysté*.

La ponction exploratrice ramène un liquide rougeâtre très fétide; par l'aiguille laissée en place on injecte 4 centimètres cubes de lipiodol lourd et autant de léger. La radiographie montre que le lipiodol lourd, en se déposant au fond de la cavité, dessine des irrégularités et que le lipiodol léger ne s'étale pas. Cette disposition permet d'affirmer l'irrégularité et l'épaisseur de la paroi enflammée, et ces arguments plaident en faveur du diagnostic d'abcès gangréneux du poumon.

Un pneumothorax artificiel, des injections d'arséno-benzol et de sérum antigangréneux amènent une guérison définitive.

OBSERVATION XIII (D^r VAUCHER)

(Thèse Radovanovitch, Strasbourg 1927.)

Un malade vient consulter le docteur Vaucher parce que, depuis dix-huit mois, il présente tous les jours une expectoration purulente, parfois fétide. Ces phénomènes ont débuté à la suite d'une affection fébrile qualifiée broncho-pneumonie. Après quinze jours de fièvre, le malade a commencé à cracher abondamment et a eu deux petites hémoptysies. Sur le conseil de son médecin, et bien qu'on n'ait jamais trouvé de bacilles de Koch dans l'expectoration, il a fait des cures sanatoriales sans aucun résultat appréciable.

L'examen du poumon révèle, à la partie supérieure droite, *un peu de submatité* et quelques râles humides. Ces phénomènes sont surtout nets à la partie externe sous-claviculaire. La radioscopie montre, à la partie supérieure du poumon, une *cavité* ayant le volume d'une noix, entourée d'une zone plus opaque, une forte réaction hilare du côté droit. Cette cavité se remplit par l'injection de lipiodol et est nettement dessinée au-dessous du niveau présumé de la scissure interlobaire supérieure droite. Plusieurs examens de crachats révèlent non pas la présence de bacilles de Koch, mais les éléments d'une flore banale. On pratique un traitement par pneumothorax. Amélioration; mais, deux mois après, l'expectoration re-

commence à être abondante. L'état général fléchit et le malade meurt brusquement d'une hémoptysie la veille du jour où devait avoir lieu une thoracoplastie supérieure.

(OBSERVATION XIV (BEZANÇON, JACQUELIN, CÉLICE)

(Découverte radiologique d'un abcès du poumon à pneumocoques.

Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris, 28 janvier 1927, p. 94-100.)

Homme vingt-quatre ans, entré le 8 avril 1926, à la clinique Saint-Antoine, pour toux, expectoration, douleur thoracique.

L'histoire dénote que nous sommes en présence d'un épisode pulmonaire aigu apparu depuis douze ans. Mais, dix jours après le début, l'expectoration devient muco-purulente, un peu teintée de sang, augmentant jusqu'à l'entrée à l'hôpital. Amaigrissement de 6 kilogrammes.

À l'examen physique, on note de l'exagération des vibrations vocales et de la matité à la partie moyenne du poumon droit, depuis le bord spinal de l'omoplate jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Au même niveau, *silence respiratoire*, quelques sous-crépitants après la toux, bronchophonie et pectoriloquie aphone. La radioscopie révèle une *image cavitaire*, à la partie moyenne du poumon droit, se déformant à la toux. La radiographie montre une *cavité ronde* à demi remplie de liquide, entourée d'une zone grise, surtout marquée vers la partie externe du lobe.

Trois jours après l'entrée, la température est à 37°; l'état général s'améliore, la dyspnée disparaît. Les signes physiques de condensation pulmonaire ne se sont pas modifiés. Expectoration de 100 centimètres cubes.

Pendant une dizaine de jours, oscillation de la température entre 37°1 et 37°8. Mais le volume des crachats diminue progressivement. Le 23 avril, il n'est plus que de 15 centimètres cubes. Augmentation de poids de 3 kilogrammes. La matité pulmonaire s'est rétrécie, il y a encore du silence respiratoire avec quelques sous-crépitants après la toux. La radiographie montre encore, cependant, une *petite cavité* en plein parenchyme, à la partie moyenne, très bien limitée

en bas et en dedans, à contours flous en dehors. Le 3 mai, la cavité n'existe plus, l'expectoration est nulle.

Donc, collection suppurée du parenchyme, évacuée par vomiques fractionnées dès le dixième jour. L'examen radiographique *seul* a montré l'existence d'une cavité en plein parenchyme.

OBSERVATION XV (LÆDERICH et POUMEAU-DELILLE)

(Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 15 février 1929.)

Louis V..., charbonnier, quarante-six ans, éthylique, entre à l'hôpital Necker, le 15 novembre 1928, pour un épisode pulmonaire aigu. Début par frissons, fièvre et violent point de côté haut situé, à droite. A l'entrée, la température atteint 39°8. Le malade est agité : facies vultueux, respiration un peu rapide et difficile; expectoration muco-purulente banale, sans caractères congestifs. L'examen de l'appareil respiratoire montre seulement une *légère submatité* du sommet droit, sans modification des vibrations, et des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux champs pulmonaires, en avant et en arrière. L'examen des autres appareils est négatif. Les jours suivants, la température se maintient en plateau autour de 39°, le malade est abattu et s'amaigrit. Les examens stéthacoustiques répétés ne révèlent toujours que *des râles sibilants et ronflants disséminés*. En présence de cette évolution, et bien que la recherche du bacille de Koch pratiquée dans les crachats soit négative, un examen radioscopique est pratiqué le 25 novembre. Cet examen permet alors de découvrir une image typique d'abcès pulmonaire : il existe, à la partie externe de la région sous-claviculaire droite, une image hydro-aérique du volume d'une orange, assez régulièrement ovulaire, à grand axe vertical, large de 7 centimètres, haute de 9 centimètres. Le niveau liquidien, horizontal et mobile avec les changements de position du malade, occupe à peu près le milieu de la hauteur de la poche. Celle-ci est limitée par un contour assez mince; à sa partie inféro-externe, elle se continue avec une zone obscure jusqu'à la paroi thoracique latérale. Le reste du parenchyme est sain; on y voit

seulement les tractus broncho-vasculaires un peu plus accusés que normalement. Un nouvel examen stéthacoustique très minutieux reste aussi fruste que les précédents : cet abcès est resté et restera *muet* pendant toute son évolution.

L'interrogatoire ayant appris que le malade a séjourné deux ans en Algérie (1906 et 1907), malgré l'absence d'épisode dysentérique et le caractère négatif des recherches de laboratoire (examen de selles, recherche des crochets d'échinocoques dans les crachats, examen du sang), un traitement émétinien est institué. Ce traitement amène la guérison du malade le 10 janvier. L'examen radioscopique ne laisse plus deviner que difficilement, au milieu d'un parenchyme sensiblement normal, une petite *zone claire*, arrondie, à peine du volume d'une cerise, sans niveau liquide.

En résumé, il s'agit d'un abcès pulmonaire à début aigu, dont les signes physiques sont restés si remarquablement latents qu'il n'a pu être découvert que par la radioscopie. Cet abcès, bien que survenu chez un sujet qui n'a jamais présenté de symptômes de dysenterie, a guéri en quelques jours sous l'influence d'injections intra-veineuses d'émétine.

OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATION XVI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé CREYX)

Jeanne B..., trente et un ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le Professeur Carles (remplacé par nous), salle 5, le 14 octobre 1920, pour une affection pulmonaire subaiguë.

Le début de la maladie remonte au 13 septembre 1920 : brusquement, en pleine santé apparente, elle est prise de courbatures, de vomissements, d'une légère dyspnée et d'un point de côté à droite; cependant, la malade peut continuer son travail.

Le 17 septembre, le point de côté devient très intense; elle présente de la fièvre, mais ni toux, ni expectoration. En même temps, se montre un bouquet d'herpès labial.

Le 27 septembre, la malade commence à expectorer des crachats « muqueux » et « glaireux ». La peau est subictérique; au début d'octobre, au retour d'un voyage qu'elle avait dû effectuer et qui l'avait fatiguée, elle présente en huit jours deux petites hémoptysies d'un sang vermeil. Elle continue à expectorer des crachats qui ont les mêmes caractères que ci-dessus.

Le 14 octobre, se trouvant plus souffrante, elle abandonne son travail et se fait hospitaliser.

Examen. — La malade, qui est très pâle, se plaint surtout d'une violente douleur à droite, spontanée, augmentant à la pression, douleur localisée en arrière au niveau de la pointe de l'omoplate et en avant, au niveau de la 4^e côte. Mais dans ces zones on ne remarque ni saillie, ni déformation, ni circulation veineuse collatérale.

La malade paraît respirer librement.

La toux est devenue quinteuse, coqueluchoïde, incessante. Elle s'accroît dans les changements de position, surtout dans le passage à la position assise. L'expectoration est maintenant abondante, purulente, mais non fétide.

L'état général est mauvais, le thermomètre marque 38°6, le pouls, qui atteint 114 pulsations à la minute, est peu tendu, mais bat régulièrement. La malade présente un état saburral des voies digestives. Elle est sujette aux transpirations nocturnes.

La percussion révèle, en avant et à droite, à la partie corres-

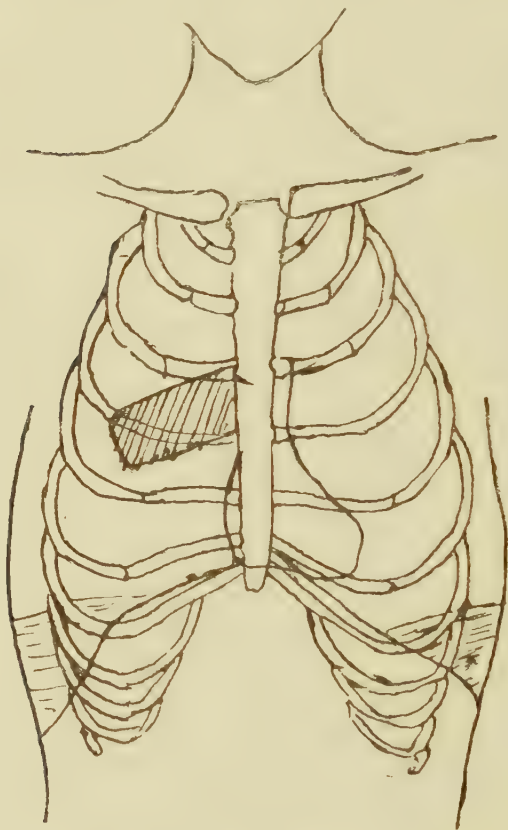


FIG. 1. — Vue antérieure.

pondant aux 3^e et 4^e côtes, dans la zone douloureuse, l'existence d'une bande mate située entre deux zones sonores (matité suspendue de Dieulafoy). L'auscultation fait découvrir à ce niveau une diminution du murmure vésiculaire avec des râles de bronchite intermittents. Il existe de la bronchophonie sans égophonie ni pectoriloquie aphone. Le signe du sou est négatif,

En arrière et à droite, en projection de la zone douloureuse, depuis la pointe de l'omoplate, interrompue dans la ligne axillaire, s'étend en sautoir une zone d'obscurité respiratoire d'une étendue verticale de trois travers de doigt. Dans le territoire en question, on trouve une légère submatité, de l'abolition des vibrations voca-

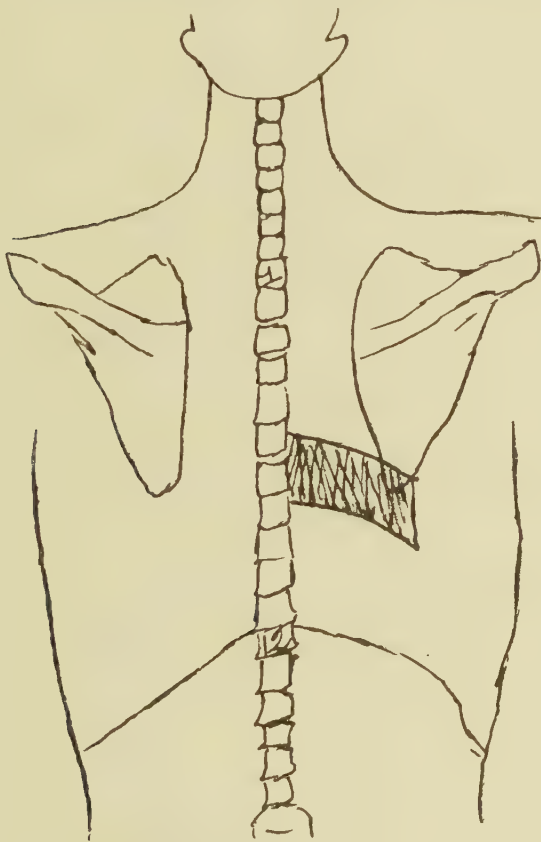


FIG. 1'. — Vue postérieure.

les, une *diminution du murmure vésiculaire*. Quelques râles ronflants et sibilants, sans modifications stéthoscopiques de la voix et de la toux. Le signe du sou est négatif.

L'examen radioscopique pratiqué le 19 octobre montre (*fig. 1*) : *en avant*, à hauteur des 3^e et 4^e côtes, une ombre, en forme de bande homogène, *rectangulaire*, de largeur définie plus haut, juxta-sternale.

affleurant le sternum, mais laissant tout le tiers externe du thorax entièrement libre. Cette bande est légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

En arrière (*fig. 1'*), même aspect radiologique, c'est-à-dire présence d'une bande opaque, également homogène et *quadrangulaire*, de

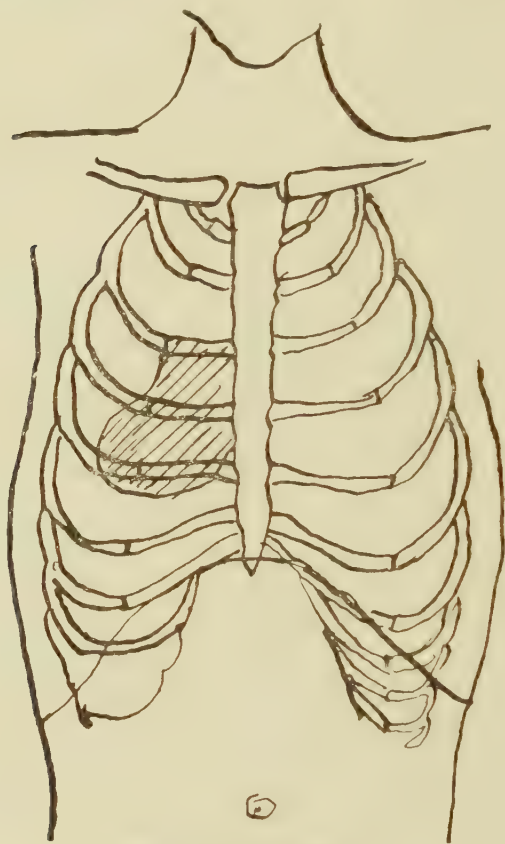


FIG. 2. — Vue antérieure.

même épaisseur, et qui se dirige transversalement de la colonne vertébrale à la pointe de l'omoplate.

Dans les crachats, on ne trouve que d'assez nombreux polynucléaires désintégrés et quelques fibres élastiques. Il n'y a ni bacilles de Koch ni crochets d'échinocoques. D'ailleurs, la réaction de Weinberg-Parvu est négative. Le taux des éosinophiles dans le sang, normal.

Du 22 au 24 octobre, la malade présente de légères hémoptysies. L'expectoration persiste, muco-purulente et abondante. A ces caractères s'ajoute, pour la première fois, de la fétidité. L'examen bactériologique y décèle quelques pneumocoques.

La respiration devient alors plus difficile, la dyspnée apparaît.

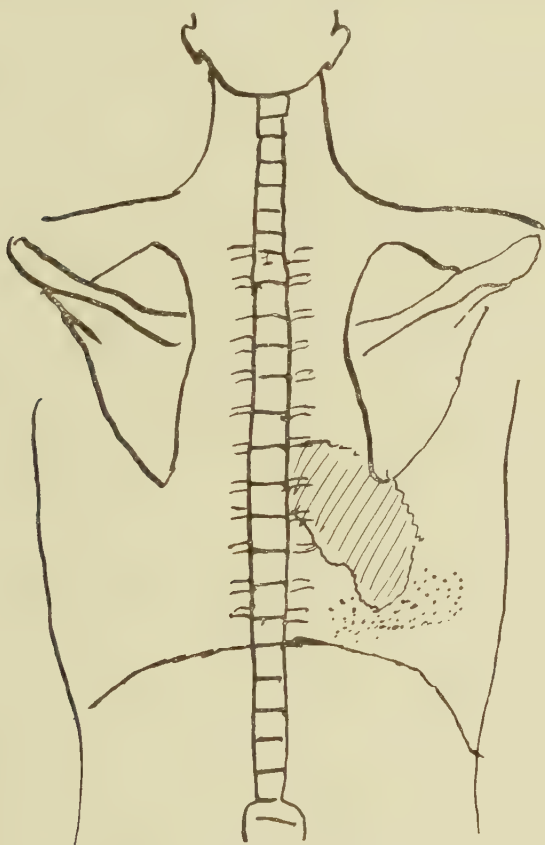


FIG. 2'. — Vue postérieure.

On constate à la base, en arrière, des signes d'épanchement de la grande cavité (matité, abolition des vibrations, égophonie, pectoriloquie aphone, signe du sou). Le 25 octobre, une ponction exploratrice permet de recueillir 20 centimètres cubes de liquide louche, fétide, dans lequel le laboratoire ne peut mettre aucun microbe en évidence ni directement, ni après ensemencement. Ce liquide contient

80 % de polynucléaires, 13 % de mononucléaires, 5 % de petits lymphocytes.

On hésite à intervenir chirurgicalement. Le 30 octobre, on pratique un nouvel examen radioscopique. L'image observée est nettement différente de la première. En avant (*fig. 2*), elle apparaît sous forme d'une poche homogène, à contours arrondis, rappelant grossièrement l'aspect d'une brioche; elle correspond aux 3^e, 4^e côtes, et partie supérieure de la 3^e côte.

En arrière (*fig. 2'*), même déformation et même aspect homogène de la poche; au-dessous, empiétant faiblement sur elle, il existe un léger flou liquidien.

En présence de ces résultats radiologiques, malgré que les signes liquidien se soient fortement atténués à la base droite, l'intervention est décidée et pratiquée par M. le Professeur agrégé Papin. Après résection de la 3^e côte et de son cartilage, l'opérateur tombe sur une plèvre épaissie, qu'il ponctionne avec un trocart. Il s'écoule une légère quantité de pus fétide. L'exploration digitale de la cavité permet d'apprécier ses dimensions et ses limites : l'excavation atteint la grosseur d'une mandarine; elle est composée de deux larges diverticules, dont l'un file sous le sternum et l'autre en direction du dôme hépatique. On place deux drains et on fait un pansement. La température, qui s'était constamment maintenue au-dessus de 38°, tombe aussitôt. Mais le lendemain, on constate un début de sphacèle de la paroi. La température remonte à 39° et s'y maintient les jours suivants. Devant la reprise de l'infection, le 3^e novembre, on donne à la malade du suc pulmonaire et on pratique un abcès de fixation.

Le 12 novembre, les signes liquidien de la base droite (grande cavité pleurale) revêtent un aspect des plus nets. Une ponction exploratrice aboutit à l'issue d'un liquide louche et fétide offrant une flore microbienne extrêmement variée et renfermant notamment différentes espèces de microcoques.

Devant un tel tableau symptomatique, M. le Professeur agrégé Papin pratique une large incision dans le 6^e espace intercostal, sans résection de côte. Par la plaie s'écoule un demi-litre de liquide lou-

che et fétide. Malgré l'intervention, la malade meurt le 17 novembre.

Autopsie. — Par la plaie chirurgicale, on pénètre dans une cavité anfractueuse, ouverte dans les bronches, du volume d'une mandarine. Les hémisphères supérieur et inférieur de la poche sont *également développés* autour d'un axe transversal constitué par le prolongement virtuel de la scissure interlobaire principale. De part et d'autre, à gauche et à droite de la cavité, la scissure interlobaire a d'ailleurs conservé son individualité, mais ses lèvres sont adhérentes.

Il n'y a pas, dans le parenchyme pulmonaire droit, d'autres foyers de suppuration. La grande cavité pleurale est libre, et on ne constate entre elle et le foyer local de l'interlobe aucune connexion anatomique apparente.

En résumé, il s'agit d'une malade qui, à la suite d'une pneumonie atténuée, a fait, croyons-nous, une suppuration pleuro-pulmonaire enkystée de la région du grand interlobe droit. Cette suppuration a d'abord été simple. Le sphacèle est apparu secondairement. Deux interventions chirurgicales ont été pratiquées : l'une s'adressant à la lésion locale de l'interlobe, l'autre à un épanchement putride de la grande cavité pleurale droite, épanchement qui est venu compliquer le cas et a, croyons-nous, entraîné l'issue fatale.

OBSERVATION XVII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé CREYX.)

M^{me} H..., soixante-huit ans, cuisinière, entre à l'hôpital Saint-André, salle 6, dans le service de M. le Professeur Arnozan, le 13 octobre 1920, parce qu'elle tousse et crache du sang.

Le début de la maladie remonte à deux ans, époque à laquelle la malade a présenté un état de fatigue générale et une albuminurie légère. Sur les conseils de son médecin, elle se met au repos; un régime suivi pendant quatre mois a raison de l'albuminurie.

En juillet 1920, subitement, elle rejeta par la bouche une faible quantité de sang. Depuis, les hémorragies ont toujours persisté, précédées de quintes de toux très pénibles.

Dans les antécédents de la malade, on note qu'elle s'est mariée à vingt ans, que son mari est mort à trente-neuf ans d'ataxie locomotrice, qu'elle a eu trois enfants, dont l'un est décédé à l'âge de deux mois, de convulsions. Des parents seraient « morts de la poitrine ». Elle a un frère et une sœur bien portants.

Examen. — La malade présente un état général déficient, de la pâleur des téguments, un amaigrissement marqué. Mais elle est apyrétique (température au-dessous de 37°).

Elle se trouve incommodée par une légère dyspnée : 24 respirations à la minute.

La toux, assez fréquente et pénible, précède le rejet de quelques crachats sanglants et glutineux, non fétides.

A la percussion thoracique, on note, à la base droite, en arrière, une submatité remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate. A ce niveau, les vibrations vocales sont abolies (ces vibrations sont d'ailleurs diminuées dans tout le reste du poumon droit). L'auscultation révèle un souffle tubo-pleural en pleine zone mate. On perçoit, après la toux, quelques râles sous-crépitants. En avant, l'examen révèle seulement une respiration rude au sommet droit.

L'analyse des crachats ne permet pas de trouver de fibres élastiques, ni de crochets d'échinocoques. La recherche du bacille de Koch est négative. Mais à l'ensemencement sur milieu de Sabouraud, on note la présence d'un « aspergillus » qui envahit tout le tube.

Par ponction exploratrice on retire un peu de liquide sanguinolent. On envisage alors la possibilité d'un cancer du poumon ou d'une mycose.

Le 3 décembre, un nouvel examen montre que les vibrations vocales sont abolies un peu partout dans le poumon droit. Il existe de la matité de la base droite remontant en arrière jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la pointe du scapulum. A l'auscultation, on perçoit toujours un souffle tubo-pleural et quelques râles sous-crépitants moyens après la toux. Il y a de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone. Le signe du sou est positif.

En avant, la respiration est toujours très rude au sommet droit. Différentes recherches de laboratoire sont pratiquées. On ne trouve

rien de spécial dans l'expectoration. Les réactions de Wassermann et Weinberg-Parvu sont négatives.

Le 6 décembre, la situation est à peu près la même; les râles

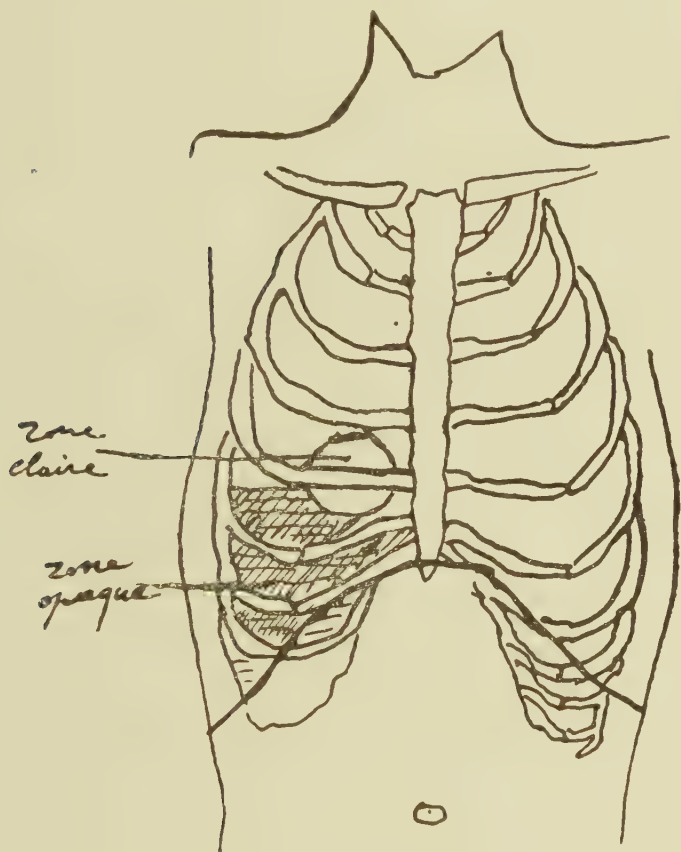


FIG. 3. — Vue antérieure.

humides de la base droite ont disparu. L'expectoration est un peu plus abondante, plus épaisse, sanguinolente, non fétide.

Le 22 décembre, on pratique un nouvel examen de crachats. Cette fois on décèle la présence de nombreuses fibres élastiques (coloration à l'orcéine). Jusqu'au 21 janvier 1921, l'état de la malade reste cliniquement stationnaire. La température est demeurée constamment

au-dessous de 37°. Un examen radioscopique du thorax montre, du côté atteint (*fig. 3*), une image liquidienne, traduisant l'existence d'un petit épanchement, à niveau horizontal, remontant jusque vers la 8^e côte. Au-dessus du niveau liquidien, une zone grise, à limite supérieure également horizontale, envahit les deux tiers du poumon sur une hauteur à peu près égale à celle de la zone liquidienne. Dans la région du tiers inférieur du poumon, on remarque, débordant un peu vers le haut le niveau de l'ombre sus-liquidienne, une zone claire, homogène, à contours régulièrement circulaires, figurant une cavité, véritable poche creusée dans l'organe.

Le 24 janvier, subitement, la malade est prise d'une suffocation intense; le pouls s'accélère, devient irrégulier, et la mort suit.

Autopsie. — Après ouverture du thorax, on pénètre dans la grande cavité pleurale droite, qui est libre et remplie d'un litre de liquide grisâtre, purulent, sans odeur.

L'interlobe inférieur du poumon est creusé d'une poche de la grosseur d'une orange. Cette cavité, remplie de pus non fétide, verdâtre et épais, est anfractueuse et présente une forme hémisphérique.

L'axe scissural partage la poche en deux parties *égales et symétriques*. En dehors et en dedans des limites de la poche, les lèvres de la grande scissure interlobaire, agglutinées l'une à l'autre, sont apparentes.

Un trajet fistuleux de la dimension d'un porte-plume met en communication la grande cavité pleurale avec la petite cavité de l'abcès.

Il n'y a aucune autre lésion et notamment pas d'autre foyer de suppuration dans le reste du parenchyme pulmonaire.

En résumé, la malade a présenté, semble-t-il, un abcès pleuro-pulmonaire de la région du grand interlobe droit qui, pendant longtemps, est resté à l'état de latence presque complète. Cet abcès s'est compliqué secondairement d'une pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, laquelle a très vraisemblablement entraîné la mort.

CONCLUSIONS

1° Le langage médical paraît ne pas avoir délimité *rigoureusement* le domaine de l'abcès du poumon.

2° La distinction des abcès propres du parenchyme pulmonaire et des pleurésies enkystées de l'interlobe est déjà *ancienne*. Chaque variété de ces collections de pus a joui tour à tour de la faveur des statistiques. Aujourd'hui, non seulement la pleurésie interlobaire est considérée comme exceptionnelle, mais encore certains auteurs vont, *à tort*, croyons-nous, jusqu'à nier son existence.

3° Pleurésie interlobaire et abcès du poumon ne se trouvent séparés que par des nuances sémiologiques assez imprécises. Cependant un symptôme radiologique semble devoir permettre cette différenciation : c'est la *forme quadrangulaire* de l'ombre suspendue projetée à l'écran. Un tel aspect n'est réalisé qu'au *début* du processus.

4° Il est possible de distinguer, au point de vue anatomique, une poche interlobaire d'un abcès parenchymateux juxta-scissural, même au cas où la lésion de l'interlobe a secondairement envahi le tissu du poumon — type *mixte* de suppuration — qui doit être assez fréquemment réalisé.

Au développement *asymétrique* par rapport à la scissure de l'abcès strictement parenchymateux s'oppose le développement *symétrique* qu'affecte par rapport à cette même scissure la collection exclusivement interlobaire ou mixte.

Ces distinctions n'ont rétrospectivement aucune importance en vue des directives thérapeutiques.

5° Beaucoup de collections suppurées du poumon participent des caractères de la gangrène. L'abcès gangréneux revêt la

forme *focale* d'un processus putride *atténué*. La distinction, surtout dans le domaine clinique, paraît au moins subtile.

6° La sémiologie physique, tant de l'abcès pulmonaire que de la pleurésie interlobaire est des plus contingentes.

Différencier le syndrome de début de celui que la maladie causale (pneumonie ou broncho-pneumonie) a localement provoqué est impossible.

D'autre part, les signes cavitaires qui succèdent à la phase de condensation sont *plus rarement* perçus que dans la fonte tuberculeuse. En tout état de cause, leur apparition est *assez tardive*, fait confirmé par des recherches expérimentales que l'un de nous a pratiquées sur des animaux.

7° Pour établir le diagnostic, il est indispensable d'associer les données de la radiologie à celles de la clinique et de confronter les deux ordres de résultats.

Vu :
Le Doyen,
D^r C. SIGALAS

Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
D^r R. DUPÉRIÉ.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 juillet 1929.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Absès pneumonique. *Journ. de méd. et de chir. pratique*, Art. 26.835, p. 609, 10 septembre 1921.
- ACHARD et MOUZON. — Absès streptococcique du poumon. Guérison après vomique. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, p. 1094, 17 juillet 1925.
- ANDRAL. — Pathologie interne. Chapitre Péripleurésie, t. I, p. 363, 1836.
- Pathologie interne. Chapitre Pleurésie, t. II, p. 97, 1836.
- Précis d'anatomie pathologique. Chapitre Lésions de sécrétions, t. II, p. 535, 1829.
- ARAN. — Mémoire sur les absès du poumon. Extrait de la *Gazette méd. de Paris* n° 39, 1842.
- AUGÉ et GUIBAL. — Absès du poumon et pleurésie purulente. *Bull. des Soc. méd. et biol. de Montpellier*, p. 330, 1923-1924.
- BABONNEIX et LEVY. — Absès pulmonaire. *Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, p. 382, 13 mars 1925.
- BAYLE. — Recherches sur la phthisie pulmonaire, chap. II, p. 45, 1810.
- BERNARD. — Grand absès du poumon à streptocoques. Guérison spontanée. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, p. 1047, 1925.
- BEUGNOT. — Contribution à l'étude des absès pneumoniques. Thèse Paris 1922.
- BEZANÇON. — Diagnostic des suppurations pulmonaires. *La Clinique*, octobre 1926, p. 293-295.
- BEZANÇON et DE JONG. — Formes cliniques et pathogéniques de la gangrène pulmonaire. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, p. 1159, 24 juillet 1925.
- BEZANÇON et ETCHEGOIN. — Spirochètes et gangrène pulmonaire. *Bull. de l'Acad. de méd.*, p. 124, 9 février 1926.
- BEZANÇON, JACQUELIN et CÉLICE. — Découverte radiologique d'un absès du poumon à pneumocoques. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 94, 28 janvier 1927.

- BEZANÇON, ETCHEGOIN, CAYLA et M^{lle} SCHEUER. — Gangrène pulmonaire aiguë avec spirochétose intense des tissus (faux aspect radiologique de pleurésie interlobaire). Discussion : MM. Sergent, Rist et Hallé, séance du 4 mai 1928. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, p. 686, 10 mai 1928.
- BEZANÇON et JACQUELIN. — Les grands abcès du poumon à pyogènes. Formes anatomo-cliniques. Pronostic et traitement. *Paris médical*, p. 167, 19 février 1929.
- BROCHERIOU. — Diagnostic radiologique des cavernes pulmonaires sans signes stéthacoustiques. Thèse Paris 1922.
- CASSAËT (E.). — Précis d'auscultation et de percussion. Paris, Doin, 1899.
- CAUSSADE et LÉVY-FRANKEL. — Abcès unique volumineux du poumon droit, d'origine puerpérale. Pyopneumokyste. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, p. 483, 13 mars 1914.
- CAUSSADE, COYON, COTONI. — Gangrène pulmonaire et abcès gangréneux du poumon à évolution traînante et prolongée. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 17 juillet 1914.
- CAYOL. — *Journ. général de médecine*, t. XLVI, p. 294, 1813.
- CAYROL. — Contribution à l'étude des fausses tuberculoses pulmonaires, en particulier de certaines pleurésies interlobaires ou enkystées, vidées dans les bronches par vomiques fractionnées et simulant la tuberculose. Thèse de Montpellier 1913-1914.
- CHAIZE. — Contribution à l'étude des lésions pulmonaires tuberculeuses inaudibles et particulièrement de certaines scléroses pulmonaires. Thèse de Paris 1923-1926.
- CHAPUT. — Pleurésie interlobaire. Société de chirurgie, p. 170, 5 février 1908.
- CHAMBERS. — Cases of peripn. Abscess of the lungs by Chambers. *Lond. med. Ann. Surg. Journal*, p. 58, sept. 1817.
- CHOMEL. — Leçons de clinique médicale Hôtel-Dieu, t. II, p. 47, 1840.
- CLERC, RAMOND et GUILLAUME. — Abcès pulmonaires chez les ypérités. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 339, 11 avril 1919.
- COFFIN. — Etude des abcès du poumon. Thèse de Paris 1923.
- COMBY. — Pleurésie interlobaire et abcès du poumon. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 393-394, n° 11, 1927.
- A propos d'un cas d'abcès aigu du poumon et de pyopneumothorax. Soc. de pédiatrie de Paris, 19 février 1929.
- COQUELET. — Abcès du poumon. *Bruxelles médical*, p. 601, 1927.
- COYON et LUMANSKI. — Abcès gangréneux du poumon. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 379, 5 mars 1926.

- CREYX. — Un cas d'abcès du poumon. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1919.
- CREYX et J. TISSÈGRE. — De quelques lésions pulmonaires réalisées expérimentalement chez le lapin. Leur sémiologie physique. Soc. de biol. de Bordeaux, 14 décembre 1927.
- CREYX et J. FOURNIER. — L'auscultation pulmonaire du cadavre après lésions provoquées expérimentalement. Soc. de biol. de Bordeaux, 9 novembre 1927.
- CREYX. — De quelques lésions pulmonaires provoquées expérimentalement chez le lapin. Leur sémiologie physique. Résultats tardifs. Société de biologie de Bordeaux, 12 décembre 1928.
- DECOLLAND. — Limites de la valeur de l'auscultation pulmonaire. Thèse de Paris 1924.
- DELAMARE. — L'identification des spirochètes bronchiques d'après quelques travaux récents (essai de classification provisoire). *Bull. de l'Acad. de médecine*, p. 459, 11 mai 1926.
- DERCHEU. — Etude sur quelques cas d'abcès du poumon chez le nourrisson. Thèse de Paris 1925.
- DIEULAFOY. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 26-69, 1898-1899.
- Pathologia interne. Chapitre Gangrène pulmonaire, p. 246, 1897.
- Pathologie interne. Chapitre Pleurésie interlobaire, t. I, p. 482.
- DUPRÉ. — In Manuel de médecine de Debove et Achard. Chapitre Abcès du poumon, t. I, p. 283-291, 1894.
- FERRON et PETGES. — Abcès fermé à streptocoques du sommet du poumon. Pneumonie. Guérison. *Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1925.
- FORESTIER. — Examens radiologiques pulmonaires par le lipiodol. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 712, 30 avril 1922.
- FRANCK (J.-P.). — Traité de médecine pratique. Traduction par Goudreau. Chapitre Pneumonie, t. I, p. 163, 1842.
- FREY. — Contribution à l'étude des abcès pneumoniques. Thèse de Paris 1891.
- GIRARD. — Etude sur la pleurésie interlobaire. Thèse de Montpellier 1898.
- GRANCHER. — Traité des maladies de l'enfance. Chapitre Pneumonie, t. IV, p. 60, 1898.
- GRISOLLE. — Pathologie interne. Chapitre Pneumonie, t. I, p. 392, 1869.
- GUYOT, AURIAT, CHAVANNAZ. — Abcès miliaires du poumon consécutifs à une laparotomie pour périgastrite. *Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, p. 249, 1924.

- GOUGENHEIM. — Absès de presque tout le lobe moyen du poumon. Expectoration gangréneuse. *Bull. Soc. anat. de Paris*, p. 341, 1878.
- GRAVES. — Absès dans le poumon. Cliniques médicales, t. II, 1862.
- JAGGOD. — Leçon sur les cavernes de la base du poumon et leur diagnostic clinique. *Gazette des hôp.*, 1893.
- HARVIER. — Les absès du poumon. *Traité de médecine de Vidal*, p. 439, 1910.
- JEANNENEY et DAMADE. — Deux cas de suppuration pulmonaire aiguë. *Bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, p. 407, 1926-1927.
- KINDBERG. — Absès du poumon et pleurésie interlobaire. *Semaine des hôpitaux de Paris*, n° 6, 31 mars 1927.
- Les absès du poumon. Mémoire paru en 1928. Masson, éditeur.
- KOURILSKY. — Les absès du poumon. Thèse de Paris 1927.
- Absès du poumon et pleurésie interlobaire. *Arch. de méd. et chir. de l'appareil respiratoire*, 4 août 1927, p. 297.
- LAIGNEL-LAVASTINE et COULAUD. — Absès du poumon à pneumocoque. Sérothérapie. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 1193-1199, 1921.
- LEDERICH et POUMEAU-DELILLE. — Un cas d'absès du poumon guéri par l'émétine. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, p. 295, 25 février 1929.
- LAËNNEC. — *Traité d'auscultation médiate*. Chapitre Péricapnémie, t. I, p. 406, 1826.
- LALLEMAND. — Mémoire sur quelques cas d'absès du poumon. Rapport de Pâtissier. Bibliothèque médicale, t. 43, p. 214, 333, 360, 1819.
- LAVERAN. — Notes sur absès pulmonaires aigus. *Mémoire de médecine militaire*, p. 88, 1844.
- LEMIERRE et KINDBERG. — Etude clinique de la gangrène pulmonaire. *Annales de médecine*, n° 3, 1924.
- LETULLE et BEZANÇON. — La pneumonie disséquante nécrotique. *Bull. de l'Acad. de méd.*, p. 77, 19 juillet 1921.
- LEURET (E.). — Sur un cas d'absès pulmonaire ou interlobaire traité et guéri par la méthode de Forlanini. *Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 318, 1914.
- LEYDEN. — *Über Lungen Absces*. Société de médecine de Berlin, n° 16, 14 décembre 1876.
- LOISON. — Absès du poumon chez les dysentériques coloniaux, sans continuité avec un foyer purulent hépatique. Société de chirurgie, p. 188, 12 février 1908.

- MARION. — Abscès du poumon d'origine dysentérique. Société de chirurgie, p. 157, 5 février 1908.
- MICHAUX. — Difficulté du diagnostic du siège des abcès du poumon. Société de chirurgie, p. 167, 5 février 1908.
- MONOD. — Gangrène pulmonaire. Pneumotomie. Guérison. Société de chirurgie, 4 décembre 1895, p. 733.
- MORILLON. — Pneumotomie dans les abcès aigus du poumon. Thèse de Paris 1896-1897.
- MOSNY. — Traité de médecine de Gilbert et Thoinot, 1910. Chapitre Broncho-pneumonie, p. 64 et 77. Chapitre Abscès du poumon, p. 222 à 230.
- MOUTARD-MARTIN. — Abscès du poumon consécutif à une pleuro-pneumonie. Société anatomique de Paris, p. 265, novembre 1843.
- De la pneumonie des vieillards. Société anatomique de Paris. Chapitre Anatomie pathologique, p. 12-13, 1844.
- NIEMEYER. — Pathologie interne. Chapitre Pneumonie, t. I, p. 183-209, 1872.
- PAILLARD. — Diagnostic des suppurations broncho-pulmonaires chez l'adulte. *Journal médical français*, p. 179-188, mai 1920.
- PAISSEAU et ISER-SALOMON. — Diagnostic radiologique entre abcès du poumon et pleurésie interlobaire. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, p. 611, 7 avril 1922.
- PAUCHET. — Abscès du poumon. *La Clinique*, p. 70-71, 4 février 1910.
- PIORRY. — Abscès du poumon. Pneumonitopyites circonscrites. Traité de médecine pratique, p. 443, 1847.
- PERRIN-MARÉCHAL. — Les abcès du poumon à pneumobacilles de Friedländer. Thèse de Lyon 1919-1920.
- PISSAVY, BRÉGER, CHABRUN. — Abscès amibien du poumon. Soc. méd. hôp. de Paris, p. 1265, 27 juillet 1923.
- POINSO. — Abscès chroniques fétides du poumon. Thèse de Montpellier 1927.
- POTTIER. — Abscès du poumon consécutif à une pneumonie grippale. *Bulletin Société anatomique*, p. 594, 1892.
- PRUVOST. — Abscès du poumon. *Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 27 février 1927.
- RAMOND, DENOVELLE, LAUTMAN. — Sur un cas d'amibiase pulmonaire. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 653, 4 mai 1923.
- RENAUD. — Abscès du lobe postérieur du poumon à évolution chronique. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 1688, décembre 1926.

- RADOVANOVITCH (Mlle). — Contribution à l'étude des abcès gangréneux du poumon. Thèse de Strasbourg 1927.
- SERGENT. — Les grands syndromes respiratoires, fasc. II, 1923.
- Notions nouvelles apportées par l'exploration radiologique au diagnostic des cavernes pulmonaires. *Presse médicale*, 11 juin 1924.
- SERGENT et BORDET. — A propos d'un cas d'abcès du poumon. *Semaine des hôp. de Paris*, p. 333-339, 1923.
- Les abcès gangréneux ou putrides du poumon. *Journal méd. franç.*, t. 13-16, p. 299, années 1926-1927.
- Les abcès gangréneux du poumon d'origine bucco-pharyngée. *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 363, 8 juin 1926.
- SERGENT, LEMIERRE, KOURILSKY. — Diagnostic entre pleurésie interlobaire et abcès du poumon. Abus du diagnostic de pleurésie interlobaire. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, p. 476-483, 18 mars 1927.
- SÉE (Germain). — Maladies spécifiques du poumon. Chapitre Pneumonie, p. 190, 1883.
- THOMAS DE LA PINTIÈRE. — Contribution à l'étude des abcès du poumon. Thèse de Lyon 1906-1907.
- TROUILLET. — Abcès pulmonaires métapneumoniques. Thèse de Paris 1905-1906.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. XXXII^e leçon : Abcès pulmonaires. Vomiques péripneumoniques, t. I, p. 721, 1863.
- TUFFIER. — Thoracotomie pour abcès gangréneux chroniques du poumon. Société de chirurgie, p. 336, 21 mars 1906.
- Gangrène pulmonaire métapneumonique. Société de chirurgie, p. 771, 11 décembre 1893.
- Rapport sur les abcès du poumon. Congrès de Moscou, 1897.
- Diagnostic et pathogénie des abcès du poumon. Société de chirurgie, p. 160, 5 février 1908.
- TUFFIER et MARTIN. — Foyers septiques du poumon. Abcès et gangrène. *Gazette des hôpitaux*, p. 1367, 1909.
- TUFFIER. — Abcès gangréneux du poumon droit. *Bull. et Mém. Soc. nat. chir.*, p. 1163, 1^{er} décembre 1926.
- VAUCHER et KAUFMANN. — Abcès gangréneux du poumon. *Marseille méd.*, p. 1343-1339, 13 octobre 1926.
- VENNEJOUX. — Diagnostic et traitement des suppurations pulmonaires. *Gazette des hôp.*, Paris, p. 213, 1922.

VERGER, PAPIN et PIÉCHAUD. — Un cas de suppuration pulmonaire traitée par l'affaîssement opératoire du sommet du poumon et guérie. *Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, p. 788-790, 1924.

WOILLEZ. — Absès dans la pneumonie. *Gazette des hôpitaux*, 4 août 1868.



:: : Imprimerie Moderne ::

Alfred DESTOUT Aîné

:: 8. Rue Paul-Bert 8 ::

: BORDEAUX

